

DISTRITO ESCOLAR DE LODI
Autorización para hacer pública, obtener, y/o cambiar información

HIPAA – Autorización acatadora
 (Ref. Policy No. 533.1 – Student Records)

ESTUDIANTE:

YO AUTORIZO QUE:

 (Nombre del estudiante) (Fecha de nacimiento)

 (Nombre de la escuela)

 (Dirección de hogar)

 (Dirección)

 (Ciudad, Estado, Código Postal)

 (Ciudad, Estado, Código Postal)

obtenga **haga pública** y/o **cambie** información de salud y academia de mi hijo/a para el Distrito Escolar de Lodi. Envíe la información a:

<input type="checkbox"/> District Office 115 School Street Lodi, WI 53555 Phone: 608/592-3851 Fax: 608/592-3852	<input type="checkbox"/> Lodi Primary School 103 Pleasant Street Lodi, WI 53555 Phone: 608/592-3855 Fax: 608/592-1015	<input type="checkbox"/> Lodi Elementary School 101 School Street Lodi, WI 53555 Phone: 608/592-3842 Fax: 608/592-1025	<input type="checkbox"/> Lodi Middle School 900 Sauk Street Lodi, WI 53555 Phone: 608/592-3854 Fax: 608/592-1035	<input type="checkbox"/> Lodi High School 1100 Sauk Street Lodi, WI 53555 Phone: 608/592-3853 Fax: 608/592-1045
--	--	---	---	--

La razón por este cambio de información es:

- Planeo educacional
- Información sobre su salud en la escuela
- Necesaria para otras cosas medicinales
- Pedida por un individual
- Otra cosa _____

Información para hacer pública:

- Reportaje oficial académico
- Reportajes de un IEP
- Elegibilidad para un IEP
- Reportaje del Trabajo Social
- Reportajes de agencias apropiadas
- Notas de progreso
- Info. Necesaria para cuidado continuado
- Historia médica y física
- Resumen de despedida
- Vacunas
- Notas de terapia del OT/PT/SP
- Otra cosa _____

De acuerdo con el Estado de Wisconsin que requiere que permiso especial sea dado por los padres para hacer público información privilegiada sobre:

- Reportajes y Exámenes de salud mental y psicológico
- Consultación por teléfono
- Abuso de drogas o Resultados de pruebas
- Enfermedades transmitidos sexualmente
- Otra cosa _____

OTRA NOTICIA - Yo comprendo que la información recibida puede ser rehecha pública por el grupo que recibe la información y que no es protegida nada más por los Estándares Federales de Privacidad.

SUS DERECHOS AL RESPETO CON ESTA AUTORIZACION

DERECHO PARA INSPECCIONAR O COPIAR LA INFOARMACION DE SALUD QUE VA A SER USADA O HECHA PÚBLICA – Yo comprendo que tengo el derecho para inspeccionar o copiar la información de salud que va a ser usada o hecha publica por esta hoja de autorización. Esta autorización es voluntaria. Si yo rehúso firmar, no será afectados el tratamiento, pago, inscripción, o beneficios, con la excepción de:

Ningunas excepciones Excepciones (sea específico):

DERECHO PARA RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACION – Yo comprendo que no tengo ninguna obligación para firmar esta hoja. La información que yo autorizo hacer pública puede ser rehecha pública por el grupo que recibe la información, según la ley. Si la información es rehecha pública, el grupo que recibió la información puede ser controlado por otras leyes. Yo reconozco que esta información, al ser recibida por el distrito escolar, no es necesariamente protegida por el Acto de Privacidad HIPAA y la información puede ser parte de la escuela protegida por el Acto de Derechos Familiares Educativos (FERPA) con protección adicional por el Estado de Wisconsin 118.25 (2m)(a)(b) y 146.82-146.83. Yo también comprendo que si yo rehúso firmar, tal rechazo no tendrá afecto en el cuidado de salud de mi hijo/a.

DERECHO PARA REVOCAR – Yo también puedo revocar, por escribir, en cualquier momento con excepción de información ya hecha pública. La revocación escrita debe ser dada a la agencia/organización a que hice pública la información. Sin revocación, esta autorización quedará en efecto por un año.

FECHA DE EXPIRACIÓN – Esta autorización es válida por un año desde la fecha firmada. Una copia de esta hoja es tan efectiva como la original. Yo he tenido la oportunidad para repasar y comprender el contenido de esta hoja. Firmar esta autorización, yo estoy confirmando mis deseos.

Por mi firma, yo autorizo el hecho público de información al grupo especificado antes.

Firma del Padre o Estudiante Adulto: _____ **Fecha:** _____

Relación al estudiante (si sea menor de edad): _____